UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 91

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU SARCOME

DES GAINES TENDINEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1911

PAR

Joseph GIGNOUX

Né à Rognac (Bouches-du-Rhône), le 2 juin 1886

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
TRUC, Professeur
RICHE, Agrégé
MASSABUAU, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SARCOME DES GAINES TENDINEUSES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 91

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SARCOME DES GAINES TENDINEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1911

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Joseph GIGNOUX

Né à Rognac (Bouches-du-Rhône), le 2 juin 1886

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { FORGUE, Professeur, *Président.* / TRUC, Professeur / RICHE, Agrégé / MASSABUAU, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. libre, ch. de c.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
TRUC, *professeur.*	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON ONCLE, A MA TANTE ET A MON PÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

J. GIGNOUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TRUC

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

RICHE ET MASSABUAU

J. GIGNOUX.

Terminant nos études médicales nous avons à cœur d'adresser à nos Maîtres dans l'enseignement nos remerciements pour le dévouement qu'ils ont apporté à nous instruire.

Nous sommes heureux de revenir un instant sur cette modeste Ecole de Grenoble, où nous avons fait nos deux premières années, si chère par ses souvenirs, où l'abord du malade était facile, où nos Maîtres étaient des amis. A MM. les docteurs Girard, Porte, Courneloup et Sibert nous adressons nos remerciements et rendons hommage à leur enseignement clinique : avec eux nous avons appris, en vivant chaque jour près du malade, à aimer notre profession ; nous leur en sommes profondément reconnaissant.

Nous ne saurions oublier nos Maîtres de la Faculté de Montpellier dont nous n'avons malheureusement suivi l'enseignement que trop peu de temps.

Que M. le professeur Forgue, président de notre thèse, veuille bien recevoir à cette occasion l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance, l'assurance que nous emportons de son enseignement le meilleur de notre savoir.

Nous rendons hommage à l'enseignement magistral des professeurs Grasset et Rauzier, près desquels nous nous sommes perfectionné dans l'art d'arriver au diagnostic clinique.

Toutes nos sympathies vont à MM. les professeurs Truc, Estor, Puech et Vedel.

Nous tenons à témoigner notre gratitude à MM. les professeurs agrégés Riche, du jury de notre thèse, et Massabuau pour l'amabilité qu'il nous a témoignée en nous aidant de ses conseils dans notre travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU SARCOME

DES GAINES TENDINEUSES

INTRODUCTION

Le cancer, par ses diverses modalités d'évolution lente ou rapide suivant l'état de résistance du sujet et des tissus envahis, par ses formes variées suivant qu'il s'attaque au tissu épithélial formant le carcinome, ou au tissu conjonctif et c'est alors le sarcome, empruntant la première forme chez l'adulte, la seconde chez les jeunes par suite d'une affinité particulière de la cellule cancéreuse pour le tissu conjonctif qui sert à édifier l'organisme, tient, après la tuberculose, le deuxième rang parmi les causes de mortalité chez les peuples civilisés.

Devant un tel fléau n'est-il pas étrange que le public, pourtant si soucieux de ses intérêts, reste encore tellement indifférent au cri d'alarme jeté par le corps médical : Venir alors qu'il est temps encore consulter l'homme de l'art. A la Conférence internationale de chi-

rurgie pour l'étude du cancer tenue à Paris du 1er au 5 octobre 1910, nos Maîtres ont particulièrement insisté sur la nécessité d'instruire les masses sur la curabilité du cancer à son début.

Que de souffrances physiques et morales l'on s'épargnerait si l'on voulait comprendre qu'il y va de l'intérêt de la vie individuelle et, au delà, de l'avenir de la race ; triste héritage légué à des descendants que l'hérédité cancéreuse ! douloureuse perspective à laquelle du moins l'on devrait songer, ne fût-ce que par devoir !

Dans notre travail inspiré par notre Maître M. le professeur Forgue, nous nous proposons de développer une forme particulière du cancer du tissu conjonctif: « Le sarcome des gaines tendineuses », apportant, aux observations déjà parues, un cas tout particulier par sa forme à cellules rondes, constaté dans le service.

Nous donnerons un rapide aperçu du sarcome en général avec ses diverses formes sur les gaines tendineuses, insistant sur notre cas en particulier, notre but étant l'étude anatomo-pathologique et clinique de ces tumeurs.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le docteur Massabuau, agrégé à la Faculté, pour avoir bien voulu nous guider dans ce travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le premier cas de sarcome des gaines tendineuses observé remonte en 1868 ; il est signalé par Czerny (*Arch. f. klin. Chir.*, 1868, X, p. 901-904).

En 1876, thèse inaugurale d'Eichhorst (sarcome des gaines tendineuses). Denucé signale dans le *Bulletin de la Société d'anatomie et de chirurgie* (1881) un cas de sarcome alvéolaire ayant débuté par la gaine du tendon extenseur du médius.

Marchoë, 1884, signale 3 cas de sarcomes à myéloplaxes dans le *New-York med. J.*, 1884.

En 1890-91, nous arrivons à une étude approfondie sur les myélomes des gaines tendineuses due à Heurtaux, de Nantes. A Broca nous devons un cas de fibro-sarcome

de la gaine du long péronier, à la plante du pied (Société de chirurgie, 2 janvier 1895).

La même année, Longuet et Landel, dans les *Archives de médecine expérimentale*, 1895, VII, p. 783, signale un cas de sarcome à myéloplaxes de la gaine des péroniers latéraux.

Vernot publie, dans la *Revue de chirurgie*, 1898, n° 3, p. 232, un cas de myélome des gaines à point de départ osseux.

Dans le *Bulletin de la Société anatomique*, 3 cas de sarcomes à myéloplaxes dus à Degorce, 1901, Malapert, Morichau et Baucheant.

Dans le *Journal de chirurgie* de ces dernières années nous avons recueilli deux observations de Fritsch (de Breslau) sur le sarcome à myéloplaxes des gaines (*Journ. de chir.*, 1909, p. 271) ; une observation de Rosenthal (Munich) prise parmi les 70 cas qu'il déclare avoir rencontrés et publiés in *Beitrage zur klin. Chirurgie*, 1908, t. LX.

Le compte rendu de 7 observations en Italie de Lenzi et Abetti rapporté in *Clinica chirurgica di Firenze*, sept. 1909, p. 1617.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le sarcome des gaines tendineuses est le cancer des éléments du tissu conjonctif interstitiel de ces gaines, modifié au contact des tendons par leurs mouvements incessants de va-et-vient, développé dans le sens de la gaine, plus particulièrement vers son côté interne formé de cellules plates de tissu conjonctif.

Rares sont encore les observations de tumeurs à proprement parlé sarcomateuses, revêtant de ce chef toute la malignité que comporte le cancer. Nous avons surtout rencontré dans nos recherches des tumeurs à malignité moindre de par leur évolution clinique : lenteur de développement, récidive sur place, métastase rarement observée ; de par leur constitution anatomique : présence de myéloplaxes, conservation assez nota-

ble de tissu conjonctif adulte et fibreux ; vaisseaux à paroi adulte avec endo et périvascularite plutôt qu'à structure embryonnaire. Avec Rosenthal, Abetti, Lenzi, nous continuerons à les appeler du nom de sarcomes à myéloplaxes quoiqu'elles ne comportent pas avec elles toute la malignité du sarcome pur.

Nous reviendrons sur ces formes dans l'exposé des variétés de sarcomes observés au cours de notre étude. Arrêtons-nous sur la structure histologique du sarcome proprement dit.

a) Le sarcome pur est constitué par du tissu conjonctif embryonnaire ou en voie de transformation pour devenir adulte.

b) Une légère barrière de tissu fibreux limite ces cellules d'autant moins résistante que leur accroissement est plus rapide ; dans ces cas l'on a surtout affaire à des cellules jeunes, le tissu conjonctif n'a plus le temps de réagir et de les cloisonner en formant du tissu fibreux. La malignité de la tumeur est en raison directe de ce moindre degré de développement cellulaire : plus l'on se rapproche des éléments embryonnaires, plus l'évolution de la tumeur sera rapide et fatale.

c) Les parois vasculaires sont envahies par ces cellules cancéreuses bourgeonnant dans leur lumière et finissant par se substituer à leur tissu propre. Ce sont ces cellules sarcomateuses qui, en s'embolisant, iront suivant le sens du courant sanguin se greffer sur les premiers organes situés sur leur voie (le foie ou le poumon). Là, elles reproduiront une tumeur semblable à elles : c'est la métastase cancéreuse, caractérisée dans le sarcome par ce fait que le relai ganglionnaire est sauté et que directement l'infection passe dans la voie sanguine. Nous verrons que ce dernier caractère propre

au sarcome n'a été observé que deux fois dans les 70 observations signalées par Rosenthal, le plus souvent il y a eu récidive locale sans généralisation.

Nous remarquons dans nos observations qu'une forme spéciale l'emporte par sa fréquence sur toutes les autres, surtout dans les statistiques allemandes et italiennes, c'est la forme de *sarcome à myéloplaxes*. Lenzi et Abetti citent 7 cas de ce genre ; pour eux les myéloplaxes rencontrés dans ces tumeurs résultent de la fusion des éléments myéloïdes dérivés eux-mêmes des cellules plates du tissu conjonctif ou du tissu tendineux, les assimilant aux myélomes de Malherbe et de Heurtaux. Ces derniers envisageaient les myélomes comme des éléments médullaires caractérisés par des travées conjonctives retenant dans leurs mailles des cellules à type ostéoblaste, rondes, volumineuses, à gros noyau, à protoplasma clair.

Poncet et Dor ont pensé que ces tumeurs, désignées par les auteurs précédents sous le nom de myélome, pourraient bien n'être que des réactions inflammatoires. Les cellules prises pour des éléments médullaires, n'étant que des cellules géantes d'origine inflammatoire et résultat d'une phagocytose active, si peu différentes des myéloplaxes proprement dits que la confusion est possible : témoin le cas de Delbet, où des cellules géantes dues au bacille de Koch furent prises pour des myéloplaxes, ce qui fut vérifié par un examen histologique ultérieur.

La réaction vis-à-vis des vaisseaux est moindre, c'est plutôt de l'endo et périvascularite ; enfin un dernier caractère les différencie du sarcome vrai : la trame qui retient ces cellules de genre spécial est constituée par un tissu conjonctif adulte et assez abondant.

A quelque opinion que l'on se rallie, ces tumeurs, variables au point de vue origine et interprétation, s'accompagnent d'un degré moindre de malignité que le sarcome pur, puisque dans les 70 observations de Rosenthal il n'y a eu que 2 cas de généralisation.

Une deuxième forme se précise par les caractères du *sarcome alvéolaire* qu'elle revêt, mieux orientée que la précédente vers le sarcome proprement dit. A l'examen on voit des sortes de nidations faites de traînées de grosses cellules éparses dans une trame fibreuse constituée par les parois des tissus moins altérés par le travail de prolifération. A l'intérieur de ces alvéoles sont des cellules en grand nombre, à noyau occupant leur périphérie, éparses ou suspendues aux parois des alvéoles. Nous en signalons deux cas (Denucé et Forgue).

Avec le *sarcome fasciculé* nous arrivons à une forme relativement fréquente, nous en avons plusieurs cas dans nos observations. A la coupe on constate des agrégats de cellules allongées en fuseau, souvent groupées en faisceau, formant par leur réunion une sorte de feutrage, très souvent orientés par rapport à un vaisseau dans un sens parallèle à son grand axe, limitant ainsi des « fentes vasculaires ». Les cellules sont de taille variable, les grandes perdent leur forme en fuseau et se ramassent sur elles-mêmes pouvant renfermer plusieurs noyaux.

Dans un ordre croissant de malignité nous arrivons au *sarcome globo-cellulaire*, forme que nous avons constatée chez le sujet opéré par M. le professeur Forgue.

A l'examen histologique que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Massabuau, agrégé à la Faculté, l'on constate que la tumeur est un sarcome à cellules rondes, à prolifération cellulaire intense. Les cellules

néoformées se groupent dans des alvéoles dont les parois conjonctives sont extrêmement minces, et ne peuvent être bien vues qu'à un fort grossissement. Parmi ces éléments cellulaires, on ne trouve en aucun point des myéloplaxes, ni des cellules géantes. La tumeur est remarquable par la présence de fentes vasculaires gorgées de sang ; autour de ces fentes à paroi réduite à un mince endothélium, la prolifération cellulaire est très intense.

En certains points, la zone périvasculaire est constituée par une couronne épaisse de cellules conjonctives embryonnaires du type lymphocytaire, beaucoup plus petites que les cellules qui forment le reste de la tumeur. Ce n'est que progressivement que l'on passe de cette zone, qui représente par sa structure un sarcome globo-cellulaire, au sarcome alvéolaire proprement dit.

Une autre préparation de cette tumeur est remarquable par la présence de vastes zones de nécrose avec des foyers d'infiltration, tout autour hémorragiques et plus loin pigmentaires, des cellules néoplasiques.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Malgré les recherches anatomo-pathologiques et expérimentales faites sur le cancer, l'incertitude règne sur l'agent causal de l'affection, et l'on reste dans le domaine des hypothèses généralement admises. A la onzième conférence internationale pour l'étude du cancer, tenue à Paris du 1er au 5 octobre 1910, MM. Brault et Faroy, rapporteurs, après avoir passé en revue et discuté les diverses théories admises, arrivent à cette conclusion nécessairement provisoire, qu'à considérer l'histogenèse, le cancer nous apparaît comme « une déviation aux lois du développement normal et aux actes qui régissent l'entretien, la rénovation et la réparation des tissus, sans que nous puissions dire exactement quel est le mobile réel de cette métamorphose ».

La question du parasitisme des tumeurs a été étudiée par M. Borrel (de l'Institut Pasteur). La cellule cancéreuse est pérenne ; cette notion permet de définir le processus cancéreux et les tumeurs malignes dans le cancer expérimental ; mais, quand le cancer évolue spontanément, cette multiplication de la cellule cancéreuse indéfinie est constamment précédée de la transformation de cellules jusque-là normales en cellules cancéreuses, suivant un processus analogue aux processus infectieux. La fréquence du cancer en certaines régions, voire même dans certaines maisons, la localisation de certaines formes, sont des arguments sérieux en faveur d'une cause extrinsèque à l'organisme.

En ce qui concerne le sarcome des gaines tendineuses dont l'origine est médullaire pour les uns, osseuse pour d'autres (Vernot), il nous semble que le traumatisme est le premier en cause, facteur occasionnel sans doute, mais indubitable de la provocation de la néoplasie. En effet, sous l'influence d'un excitant extérieur physique (traumatisme), chimique (caustique), des cellules restées à l'état embryonnaire dans l'organisme entrent en voie de karyokinèse très active, envahissent les tissus circonvoisins, les refoulent, tout en conservant leur type de forme initial, ce qui caractérise une tumeur maligne.

Au cours de nos observations nous relevons différentes sortes de traumatismes provoquant à plus ou moins brève échéance l'apparition d'une tumeur le long de la gaine des tendons traumatisés. Il s'agit d'une entorse dans les cas de Marchoë-Longuet-Landel. C'est un écrasement du pouce gauche qui, dans le cas de Fritsch, est suivi vingt ans après de deux volumineuses

tumeurs siégeant aux éminences thénar et hypothénar ; ailleurs, c'est un clou entré dans la plante du pied, provoquant dans la suite une tumeur au niveau de la gaine du long extenseur. C'est un coup de règle sur un doigt, le frottement incessant du ciseau au niveau du médius droit chez la couturière (cas de Bonjour). Au pied, signalons le frottement de la chaussure (cas de Rosenthal).

En dehors du traumatisme direct, nous placerons le surmenage des tendons intéressés et de leur gaine, les pressions soutenues et répétées spécialement pour les fléchisseurs de la main.

Il s'agissait, dans un cas que nous publions (Fritsch), d'une tumeur congénitale au niveau de la malléole interne du côté droit, réveillée chez un sujet de 31 ans depuis deux ans, sans traumatisme initial et qui se serait mise à grossir sans douleur appréciable.

De nos observations ressort que ce genre d'affection des gaines est plutôt l'apanage de la jeunesse ou de l'âge mûr sans grande prédilection de sexe. L'hérédité et le tempérament arthritique sembleraient y prédisposer ; il découle que le traumatisme intervient chez les prédisposés par des tares antérieures, ancestrales, comme cause adjuvante de l'apparition de ces genres de tumeurs ; fait à considérer au point de vue médico-légal.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Comme dans toute néoplasie, dans le sarcome des gaines tendineuses le premier symptôme en date est la *tumeur*. Son siège le long des gaines synoviales la rend facilement accessible à la vue, elle affecte avec une prédilection toute spéciale les gaines des tendons fléchisseurs des doigts et des orteils, des extenseurs pour Rosenthal dans ses 70 observations; du jambier antérieur ou du long premier latéral (Broca); de la paume de la main (Schwartz).

Tumeur variable dans sa forme et ses dimensions; de la grosseur d'une noisette à une noix, au début ovoïde ou piriforme, pouvant rester des années dans cet état, puis subitement, souvent sans cause appréciable, se mettant à grossir rapidement et atteignant le volume du poing ou d'une orange, comme dans l'observation de Fritsch: il

s'agit d'un homme âgé de 32 ans, qui depuis sa naissance présentait au niveau de la malléole interne du pied droit une tumeur grosse, comme une noisette, et qui subitement à l'âge de 29 ans se met à grossir et en 2 ans, acquiert le volume du poing. Dans une deuxième observation du même auteur il s'agit d'un homme de 70 ans, présentant à la face palmaire de la main gauche deux grosses bosselures multilobées, surtout prédominantes au niveau des éminences thénar et hypothénar. Dans les observations de Lenzi et Abetti les tumeurs n'auraient pas dépassé le volume d'un haricot à un œuf de poule. Tumeur de faible volume oscillant entre celui d'un pois et celui d'une grosse orange, ou du poing, parfois à plusieurs lobes (Longuet).

La consistance en est ferme, élastique, souvent dure ; dans le cas signalé plus haut, les tumeurs des éminences thénar et hypothénar, les tumeurs bosselées étaient tendues et fluctuantes, faisant songer à la probabilité d'un lipome arborescent. Rarement de consistance molle, sauf dans le cas d'ulcération avec infections secondaires.

La coloration de la peau n'est pas modifiée, sauf dans un cas signalé par Rosenthal où la peau était bleuâtre au niveau de la tumeur qui était tout particulièrement douloureuse. Absence de chaleur locale ; pas de retentissement ganglionnaire à la racine du membre ; le plus souvent la tumeur est indépendante de la peau qui glisse sur elle, sauf dans ce cas où la peau était particulièrement colorée.

Considérée dans ses rapports avec les tissus voisins la tumeur adhère rarement aux tendons ; ceux-ci, libres dans leur gaine, glissent, gênés seulement par le développement de ce corps étranger qui peut parfois amener, par un volume excessif, de la raideur

ou de la rétraction, comme dans le cas de Fritsch où les doigts de la main étaient ramenés en griffe sur la tumeur.

Par contre, elle adhère souvent aux plans profonds et l'on constate de l'immobilité dans le sens transversal et surtout dans le sens vertical. Dans le cas rare où il y aurait adhérence totale, on constaterait, comme dans une de nos observations du service, l'impossibilité absolue de réaliser l'extension des doigts.

A la gêne fonctionnelle, à la raideur, s'ajoute un symptôme qui manque rarement : la douleur. Nulle ou peu intense au début surtout dans les formes congénitales ou à lente évolution, elle finit par prendre un caractère de ténacité que rien ne soulage et qui amène le malade à consulter ; parfois elle devient térébrante, irradiant le long de la gaine, remontant le long du tendon jusqu'à l'origine du muscle, semblant siéger alors dans l'os même du membre. Rares sont les cas où la douleur a fait totalement défaut ; elle était toujours plus ou moins provoquée, soit par le mouvement de va-et-vient de la chaussure, soit par la pression à son niveau.

L'état général du sujet reste bon ; pas d'amaigrissement notable ; l'appétit est conservé.

En somme, nous avons affaire à des tumeurs le long des gaines, ovoïdes ou piriformes, de la grosseur d'un pois à une orange, sans retentissement ganglionnaire, s'accompagnant d'une certaine gêne dans les mouvements et le plus souvent de douleur.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Les gaines téno-synoviales, de par leur siège et leur rôle exposées aux traumatismes, soumises à des frottements, à des tiraillements répétés, offrent un terrain propice aux agents infectieux, dont les diverses manifestations morbides, pour être précisées, ont besoin que l'anatomie pathologique vienne éclairer les données de la clinique trop souvent similaires et déroutant le chirurgien le plus exercé dans sa recherche d'un diagnostic.

En effet, l'on n'est pas toujours en présence de cas typiques de sarcomes vrais des gaines : tumeur ordinairement peu volumineuse, allant de la grosseur d'une noisette à celle du poing ; ovoïde ou piriforme, orientée dans le sens des gaines des fléchisseurs du pied ou de la main le plus souvent ;

tumeur à accroissement lent, douloureuse surtout tardivement, ne s'accompagnant pas de retentissement ganglionnaire à la racine du membre ; de consistance ordinairement molle, parfois fluctuante, analogue à celle présentée par un genre de lipome, « le lipome arborescent », qui, dans un cas que nous signalons de Fritsch, fut diagnostiqué alors qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes.

Ecartons tout d'abord la possibilité d'un kyste téno-synovial : il siège au poignet, sur la face dorsale, à égale distance des deux styloïdes radiale et cubitale ; au cou-de-pied même disposition ; plus rarement sur les côtés le long des péroniers latéraux. Il apparaît à la suite d'un traumatisme, d'un effort, se montre sous l'aspect d'une tumeur arrondie, ferme, d'une résistance élastique, souvent dure, et c'est alors qu'on a pu le prendre pour une tumeur pleine ; irréductible, sans changement de coloration de la peau qui glisse librement à sa surface. Pour le diagnostic, savoir : que la tumeur augmente dans la flexion de la main, s'efface dans l'extension et ne s'accompagne pas de douleur, l'articulation étant au repos.

Nous ne ferons que signaler la synovite tendineuse aiguë par épanchement séreux consécutif à une infection générale :

Blennorragie, rhumatisme ; elle « est à fleur de peau » distendue, parfois fluctuante, mais se résorbant rapidement sous l'influence d'un traitement causal administré.

Un autre groupe plus intéressant comprend des ténosynovites à tendance fibro-plastique par prolifération du tissu conjonctif des gaines sous la forme d'un tissu

fibreux ou adipeux : *a*) « La téno-synovite proliférante de König » caractérisée par la saillie à l'intérieur de la gaine de végétations fibreuses et pédiculées. *b*) Le lipome arborescent à type graisseux avec ses végétations scléro-graisseuses abondantes sur le tendon ou dans la gaine. Adhérant aux parois, ou libre, prenant alors l'aspect de corps étranger mobile, de consistance particulière, mollasse, lobulé, pseudo-fluctuant, quelquefois à consistance plus ferme et confondu avec une synovite fongueuse.

Avec les diverses modalités de forme que la tuberculose apporte aux affections des gaines tendineuses s'accroît la difficulté du diagnostic du sarcome de ces mêmes gaines.

Tantôt l'on aura affaire à la synovite fongueuse, à début très insidieux, caractérisée par une tuméfaction mamelonnée sur le trajet d'un tendon, mobilisable dans le sens perpendiculaire à l'axe du tendon seulement, suivant les mouvements de va-et-vient selon le sens de l'action du muscle sur le tendon, effaçant les méplats normaux périarticulaires ; de consistance ferme au début, avec rénitence, mollasse dans la suite par ramollissement et fonte des produits tuberculeux. L'évolution en est lente, aboutit souvent à l'ulcération ; l'examen bactériologique du pus pourra déceler le bacille de Koch et asseoir le diagnostic qu'une micropoliadénopathie à la racine du membre confirmera.

Tantôt l'on sera en présence d'une « synovite à grains riziformes ». Elle se rencontre surtout au niveau des synoviales digito-palmaires ; au membre inférieur on peut l'observer dans la gaine des extenseurs des orteils ; dans les séreuses rétro-malléolaires, elle est constituée par une poche à parois minces, surdistendue par du

liquide qu'elle contient sous une forte tension, pouvant en imposer pour une tumeur solide ; et dans ce liquide des produits ressemblant à des grains de riz, d'où leur dénomination, de coloration blanc jaunâtre, provenant de lambeaux de gaine détachés par frottement, enroulés en minces copeaux englobés dans de la substance fibrinogène contenant dans ses mailles des bacilles tuberculeux. La distinction se fera cependant d'avec une tumeur sarcomateuse par ce fait que le sarcome est plus dur et que, dans le cas de sarcome kystique, le liquide retiré par ponction et injecté à l'animal n'amène pas la réaction inflammatoire et ganglionnaire spéciale au bacille de Koch.

Un diagnostic particulièrement délicat est une forme de tuberculose des gaines réalisant le type de la tumeur à myéloplaxes avec non seulement l'aspect clinique et macroscopique mais encore histologique ; c'est « la forme hypertrophiante pseudo-néoplasique de la tuberculose des gaines tendineuses » signalée par M. le professeur Forgue et M. le docteur Massabuau, chef de clinique (*Presse médicale*, 23 octobre 1909), étudiée particulièrement par M. le docteur Rossi (Thèse de Montpellier 1909).

Dans ces cas l'on a affaire à des tumeurs nettement délimitées, formées d'un tissu dense et dur, à contour franchement fibreux ; quelquefois le centre de la tumeur présente une cavité, mais l'on n'y trouve ni liquide visqueux, ni grains-riziformes, mobile sur les plans profonds avec le tendon qu'elle englobe, la peau reste normale. Si bien que, dans un cas curieux, M. Delbet prit pour une tumeur sarcomateuse une tuberculose de ce genre qu'il traita comme toute tumeur maligne au

détriment de l'opéré puisque l'on fit une désarticulation de la hanche.

« Ayant observé chez un jeune garçon une tumeur de la partie inférieure du fémur, M. Delbet en préleva un fragment dont l'examen histologique fut fait par Cornil qui porta le diagnostic de sarcome à myéloplaxes. La désarticulation de la hanche fut pratiquée. L'enfant guérit, n'eut jamais de récidives. Cornil, ayant conçu quelques doutes sur la nature de cette tumeur, reprit alors son étude, y trouva des bacilles de Koch et conclut à sa nature tuberculeuse. »

D'autres fois ce genre de tuberculose prend l'allure clinique de « la synovite proliférante hyperplasique fibreuse ou tubéreuse de König ».

Il sera prudent dans certains cas de songer à la dactylite syphilitique à forme de tumeur des gaines ; les quelques renseignements sur les antécédents du sujet, le traitement spécifique essayé comme pierre de touche préciseront le diagnostic.

De diagnostic plus facile seront les tumeurs d'origine osseuse (ostéosarcome, exostose de croissance), aussi n'entrons-nous pas dans l'exposé détaillé de leur symptomatologie. Nous passons sous silence les tumeurs d'origine musculaire siégeant plutôt en plein muscle que sur le tendon.

Nous conclurons que, si parfois l'on arrive à un diagnostic précis, souvent, lorsqu'on se trouve en présence de formes tuberculeuses, l'incertitude règne en maîtresse ; et nous ne saurions mieux terminer l'exposé de ce diagnostic qu'en donnant les conclusions de M. le professeur Forgue à ce sujet : « A côté de proliférations conjonctives et de lésions vasculaires semblables à celles des myélomes existent des lésions tuberculeuses

spécifiques : la tuberculose pouvant réaliser ces deux états. Elle formerait des tumeurs qui, se présentant toujours avec les mêmes caractères cliniques, renfermeraient dans un cas des lésions tuberculeuses folliculaires typiques ; dans un autre, des lésions plus diffuses, non folliculaires, à cellules géantes, disséminées et moins caractéristiques comme on le voit dans les myélomes. »

Avec le professeur P. Delbet : « On range cliniquement dans les sarcomes bien des cas de tumeurs tuberculeuses ; la distinction n'est d'ailleurs pas facile ni au point de vue clinique ni au point de vue anatomo-pathogique. »

CHAPITRE VI

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Si le sarcome pur a une marche rapide évoluant vers la mort, en général les formes signalées de sarcome des gaines téno-synoviales ont une allure plus lente et une moindre malignité. Peut-être cette bénignité est-elle due à l'éloignement du tissu qui semble leur offrir les conditions les plus favorables pour se développer ; du moins pour ceux-là qui les font dériver du tissu médullaire.

L'évolution de ces tumeurs ne diffère que peu de celle des sarcomes purs : c'est d'abord une première période de tumeur intra ou juxta-synoviale qui ouvre la scène ; puis, suivant les cas, les tissus circonvoisins sont envahis, pénétrés par la tumeur et en dernier lieu, après une intervention incomplète ou même sans elle,

la tumeur peut s'ulcérer comme dans le cas signalé par Rosenthal et le nôtre.

Sous la première forme la tumeur peut persister très longtemps (dans le cas de Fritsch il s'agissait d'un homme de 32 ans qui depuis sa naissance présentait au niveau de la malléole interne du pied droit une petite tumeur ; depuis 2 ans celle-ci avait commencé à grossir. Le plus fréquemment de l'apparition de la tumeur à son complet développement, et aux douleurs consécutives, s'écoulent quelques années, de 2 à 3 ans dans les observations de Lenzi et Abetti. Dans notre cas nous notons un intervalle de 7 ans entre le début de la tumeur et l'époque où le sujet vient consulter.

Il suffira d'un traumatisme pour réveiller ces cellules néoplasiques à demi endormies et leur donner l'allure et le type malin du sarcome ; aussi, malgré cette tranquillité relative, le pronostic, nous semble-t-il, doit être réservé, et l'on n'a pas hésité dans notre cas à pratiquer l'amputation de la jambe, cette forme globo-cellulaire étant après le sarcome mélanique douée de la plus haute malignité.

Avec Rosenthal, il ressort de ses 70 observations que l'on a affaire à des sarcomes à myéloplaxes à malignité très variable et en tout cas jamais que locale puisqu'il n'a eu que deux cas de mort par généralisation.

Toutes les autres récidives observées le furent *in situ*. Ce qui fait regarder le sarcome des gaines comme bénin, c'est qu'on a pris pour des cas de sarcome, des tumeurs à forme inflammatoire ou des myélomes qui, à vrai dire, ne sont pas des sarcomes, du moins au début, mais qui en évoluant en revêtent la forme, revenant au type de cellules embryonnaires et aux modifications vasculaires.

Le sarcome de ces gaines ne serait jamais primitif, mais le résultat de l'évolution de ces tissus vers leur état embryonnaire.

Enfin il est des cas où il s'est agi de tumeurs bénignes inflammatoires, diagnostiquées sarcomes des gaines dont l'évolution lente, la non-récidive après l'intervention, nous ont amené à penser que ces sortes de tumeurs avaient une malignité moindre que le sarcome, tout en restant des tumeurs sarcomateuses par leurs caractères histologiques.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement des tumeurs sarcomateuses des gaines tendineuses est surtout chirurgical. Il serait à souhaiter que les interventions précoces se fassent plus fréquentes, mais par leur caractère même de bénignité et la quiétude que laissent ces tumeurs à ceux qui en sont porteurs rarement on intervient tôt.

Nous ne savons pas que pour ces formes l'on ait employé la méthode de M. Delbet, consistant à injecter à des cancéreux leur propre tumeur préalablement broyée et diluée dans du sérum physiologique. Ni l'action des rayons X qui, selon Béclaire, provoquent sur l'élément cellulaire vivant sain ou malade des transformations chimiques dont le dernier terme est la dégénérescence et la mort de l'élément cellulaire.

Dans tous nos cas, c'est à l'extirpation large de la

tumeur que l'on a eu recours en respectant autant que possible l'intégrité des tendons. Dans la 2e observation de Fritsch on fit l'extirpation de toutes les masses néoplasiques qui étaient mollasses et jaunâtres, en disséquant les fléchisseurs et le médian comme l'on extirpe les synovites à grains riziformes des gaines des fléchisseurs.

Si l'extirpation de la tumeur est impossible, on aura recours, soit à une désarticulation, soit à l'amputation du membre.

C'est l'amputation basse de la jambe qui a été pratiquée dans la clinique privée de M. le professeur Forgue.

OBSERVATIONS

Observation I

(Recueillie dans la clinique privée de M. le professeur Forgue, — Due à l'obligeance de M. le docteur Jourdan, chef de clinique.)

F... J..., âgé de 48 ans, entre à la clinique privée de M. le professeur Forgue en juin 1911.

Il y a 7 ans, est apparue dans la gouttière rétro-malléolaire interne de la jambe droite une tumeur de forme oblongue suivant le trajet des tendons. En 7 à 8 mois elle atteint les dimensions qu'elle présente actuellement.

Les mouvements du pied étaient conservés. Le malade n'éprouvait qu'une légère douleur à son niveau, analogue à des piqûres. Puis, dans la suite, la tumeur vient à présenter en son milieu un point plus coloré qui aboutit en quelque temps à une ulcération à bords violacés laissant évoluer un liquide séro-sanguinolent peu abondant. Les douleurs deviennent plus vives. Un docteur appelé diagnostique une tuberculose des gaines. Inci-

sion, ouverture des gaines et curettage aussi soigné que possible. Pendant 2 mois l'état du sujet paraît satisfaisant, quand vers la fin du sixième mois les douleurs réapparaissent et la tumeur se met de nouveau à grossir.

Le sujet reste dans cet état environ 6 ans et demi sans subir de nouvelle intervention, la tumeur évoluant lentement, quand subitement, une quinzaine de jours avant son entrée à la clinique, la tumeur s'est mise à grossir, atteignant rapidement le volume des deux poings.

La tumeur a la forme d'une tomate, avec des bosselures séparées par des sillons. Elle est mamelonnée, et en un point voisin de la malléole interne, juste au-dessus d'elle, une ulcération à bords bourgeonneants, saignant facilement, recouverte de débris sphacélés, laissant suinter un liquide séro-sanguinolent.

Vers la plante du pied, elle émet un prolongement à consistance plus molle, s'étendant jusqu'au milieu de la voûte plantaire. A son niveau la peau est violacée et un peu amincie.

M. le professeur Forgue porte le dignostic de sarcome des gaines et pratique l'amputation basse de la jambe.

Le malade est sorti guéri.

Examen histologique. — A la coupe, on constate que la tumeur est un sarcome à cellules rondes, à prolifération cellulaire intense. Les cellules néoformées se groupent dans des alvéoles dont les parois conjonctives sont extrêmement minces, et ne peuvent être bien vues qu'à un fort grossissement. Parmi ces éléments cellulaires, on ne trouve en aucun point des myéloplaxes, ni des cellules géantes. La tumeur est remarquable par la présence de fentes vasculaires gorgées de sang ; autour de ces fentes à

paroi réduite à un mince endothélium, la prolifération cellulaire est très intense.

En certains points, la zone périvasculaire est constituée par une couronne épaisse de cellules conjonctives embryonnaires du type lymphocytaire, beaucoup plus petites que les cellules qui forment le reste de la tumeur. Ce n'est que progressivement que l'on passe de cette zone, qui représente par sa structure un sarcome globo-cellulaire, au sarcome alvéolaire proprement dit.

Une autre préparation de cette tumeur est remarquable par la présence de vastes zones de nécrose avec des foyers d'infiltration, tout autour hémorragiques et plus loin pigmentaires, des cellules néoplasiques.

Observation II

(Recueillie dans le service de M. le professeur Forgue, par le docteur Massabuau, chef de clinique).

Sarcome alvéolaire de la gaine des fléchisseurs de l'avant-bras.

Mme C..., âgée de 32 ans, entre le 21 avril 1909 dans le service de M. le professeur Forgue. Elle présente à la face antérieure de l'avant-bras une tuméfaction qui a débuté six mois auparavant. Cette tuméfaction a progressivement augmenté de volume et cette évolution s'est accompagnée dans les derniers temps de quelques phénomènes douloureux se montrant sous forme d'élancements irradiés dans l'avant-bras et dans la main. On constate actuellement à la partie inférieure de la face antérieure de l'avant-bras

gauche une tumeur à peu près exactement médiane, du volume d'un œuf, un peu étalée en surface. Elle commence en bas à un travers de doigt au-dessus du pli du poignet et remonte à trois travers de doigt au-dessus environ.

La peau est parfaitement mobile à la surface de la tumeur. La consistance de la tumeur est généralement ferme et généralement élastique.

D'ailleurs, cette consistance n'est point partout la même. Il existe à la partie supérieure et externe de la masse une nodosité saillante, grosse comme une noisette et de consistance très dure.

La tumeur est absolument fixée aux tendons et ne peut être mobilisée sur eux. Elle est immobile dans le sens transversal et surtout dans le sens vertical. Quand on fait mouvoir les tendeurs fléchisseurs des doigts, la tumeur se meut avec eux. Ces tendons ont subi une certaine rétraction puisqu'il est impossible de réaliser l'extension complète active ou passive des doigts, et dans l'extension forcée, la main reste fixée en forme de cuillère.

Les mouvements de flexion et d'extension du poignet sont à peu près normaux et ne sont pas douloureux L'état général de la malade est bon : elle ne tousse ni ne crache, aucune lésion pulmonaire appréciable à l'auscultation.

La consistance particulière de cette tumeur et surtout l'existence à sa partie supérieure d'un nodule d'une dureté remarquable fait éliminer la possibilité d'une synovite tendineuse renfermant un liquide sous forte tension et conduit à porter le diagnostic de tumeur solide de la partie antibrachiale de la gaine des fléchisseurs.

L'intervention est pratiquée le 29 avril 1909 par M. le professeur Forgue et elle confirme le diagnostic préopératoire.

Il s'agissait, en effet, d'une tumeur très dure qui adhérait intimement aux tendeurs fléchisseurs superficiels sur lesquels il a fallu la disséquer avec beaucoup de difficulté. A sa partie supérieure, la tumeur envahissait le corps charnu du muscle. Elle ne présentait aucun prolongement appréciable la reliant au squelette de la région. La masse néoplasique est enlevée en totalité ; les suites opératoires furent très simples et la malade sort guérie, le 15 mai 1909.

Au point de vue macroscopique, il s'agit d'une tumeur de consistance très dure, rappelant celle d'un fibrome. La surface de coupe est sèche et ne donne pas de suc au râclage.

Examen histologique. — La tumeur est constituée dans ses parties les plus typiques par un tissu conjonctif très dense, limitant des alvéoles étroites dans lesquelles se trouvent des cellules qui présentent les caractères suivants: ce sont des cellules de formes très variables. Les unes sont irrégulièrement arrondies ou polygonales, émettant quelquefois des prolongements au niveau de leurs angles : d'autres ont une forme en massue, d'autres allongée et triangulaire, mais surtout ce sont toujours des corps cellulaires très volumineux. Ils possèdent un protoplasme abondant, épais, toujours fortement coloré par les réactifs. Le noyau siège quelquefois dans la partie centrale de l'élément : très souvent, il en occupe la périphérie. C'est notamment le cas dans ces cellules allongées ou triangulaires que nous avons déjà signalées.

Ces éléments cellulaires sont aussi remarquables par ce fait qu'ils sont très nettement séparés les uns des au-

tres dans une même alvéole. Les contours de chaque cellule sont nettement délimités. Quelquefois ces cellules sont dissociées par de fines fibrilles conjonctives. Quelques-unes de ces cellules sont particulièrement volumineuses. Elles représentent une véritable plaque protoplasmique renfermant quelquefois un seul noyau, mais plus souvent deux ou trois noyaux, jamais davantage. Ces cellules géantes sont d'ailleurs très nombreuses et elles n'ont point la structure de ces volumineuses plasmodies multinucléées que l'on trouve dans les tumeurs dites à myéloplaxes.

Dans d'autres préparations, ces alvéoles du tissu conjonctif deviennent plus étroites encore. Dans leurs cavités il est fréquent de voir les cellules néoplasiques disposées en bordure tout le long de la fente et se présentant sous le type de cellules polyédriques hautes qui s'implantent par une sorte de pied sur le tissu conjonctif qui forme la paroi de l'alvéole. Ces cellules sont souvent disposées régulièrement sur une seule rangée ; quelquefois sur plusieurs rangs et cet aspect est celui des figures les plus typiques d'endothéliomes.

Il est donc des points encore où la réaction conjonctive est extrêmement marquée et où l'on se trouve en présence de larges placards de tissu fibreux qui contribuent à donner à la tumeur sa dureté particulière. Dans ce tissu conjonctif existent des vaisseaux sanguins dont les parois ne sont pas très épaisses et de très nombreuses fentes lymphatiques dilatées.

Il est d'autres préparations, au contraire, où les travées conjonctives extrêmement minces limitent de larges alvéoles remplies de grosses cellules arrondies ou polygonales reproduisant la structure de la forme connue sous le nom de sarcome alvéolaire. Cette tumeur est donc un

sarcome alvéolaire à grosses cellules, renfermant quelques cellules géantes et dont l'origine aux dépens des endothéliums lymphatiques est probable.

Observation III

(Thomas et Marchoë. — New-York Médical, 1884)

Sarcome fuso-cellulaire de la gaine synoviale des fléchisseurs du pied.

Dilla Deton, âgée de 26 ans, est entrée à l'hôpital de New-York, le 29 janvier 1880, avec une tuméfaction de la plante du pied. Le cas ressemblait assez au précédent. La malade racontait que deux ans auparavant elle commença à ressentir en marchant des douleurs qu'elle attribua à la gêne de son soulier.

Environ 18 mois avant son entrée, elle s'était foulé la cheville. Depuis ce moment était apparue au-dessus de la malléole interne une tumeur qui avait augmenté lentement. Elle souffrait beaucoup, surtout en marchant. La tumeur a été ponctionnée plusieurs fois. La première fois, il coula un peu de liquide, mais les ponctions suivantes ne donnèrent rien. A part ces douleurs et cette difficulté de la marche, la malade paraissait en bonne santé, mais elle souffrait tellement, pendant et après une promenade, que cela devenait une véritable infirmité.

Actuellement, la tuméfaction occupe une grande partie de la plante du pied et s'étend en arrière et au-dessous de la malléole interne. Elle est molle, non élastique,

mais se tend par la pression. On perçoit une sensation de fluctuation, donnant l'idée d'un contenu épais, visqueux ou semi-solide. Les parties qui recouvrent la tumeur sont normales. Il est évident que l'on est en présence d'un cas de distension de la gaine synoviale des fléchisseurs des orteils, mais il est difficile d'en déterminer la nature.

Le 27 janvier 1880, j'ouvris la gaine, la vidant de son contenu. Je fis une incision aboutissant presque en arrière à la malléole.

Aucun liquide ne s'écoula à l'ouverture de la cavité, mais, par la pression, il s'échappa une substance semi-solide ressemblant à celle trouvée dans le cas précédent et qui, extraite avec quelque difficulté, laissa une cavité si étendue qu'une sonde put être poussée jusqu'à la racine des orteils. J'eus tellement de peine à expulser cette substance que je pensai à son adhésion aux parois du sac. Afin d'en être sûr et de pouvoir évacuer complètement cette masse semi-solide, j'agrandis l'incision et j'explorai avec le doigt. Je pus ainsi me rendre compte qu'il y avait de nombreuses adhérences aux parois de la cavité. Cette paroi était formée d'une membrane séreuse claire. Par cette exploration je reconnus aussi que la cavité principale était divisée en plusieurs cavités secondaires qui n'étaient autres que les divisions de la gaine enveloppant les tendons se rendant aux phalanges. Toutes ces cavités synoviales avaient été excessivement dilatées par la tumeur qui les remplissait et je pouvais facilement remuer mon doigt dans un large espace situé au milieu de la plante du pied.

Avec le doigt, la curette et les pinces, j'ai évacué la cavité aussi complètement que la chose m'a été possible, mais j'eus la sensation qu'une grande partie de la tu-

meur échappait à mon intervention. Je terminai mon opération en pratiquant un orifice à la base d'un des orteils et en passant un drain qui traversait de part en part. La plaie fut pansée et par le drain on injecta toutes les trois ou quatre heures une solution antiseptique dans la cavité. Il n'y eut aucune suppuration et le drain fut laissé en place jusqu'au 6 février. La plaie se cicatrisa lentement.

La malade fut renvoyée le 4 mai, mais, comme dans le cas de M. Nair, toute trace de la tumeur n'avait point disparu et la marche était douloureuse.

Le contenu semi-solide de la tumeur fut soigneusement examiné.

Au point de vue macroscopique, c'était une substance très molle, presque diffluente, très divisée par l'intervention.

L'examen microscopique pratiqué par le docteur Peabody montra que l'on avait affaire à un cas typique de sarcome fuso-cellulaire à peu près identique au cas précédent.

La malade fut réadmise à l'hôpital le 18 septembre 1880. La tuméfaction était aussi prononcée et la douleur aussi grande que la première fois. L'état général était bon. Pas de cachexie, ni d'adénopathie ganglionnaire. Il s'était développé depuis sa sortie de l'hôpital une autre tumeur sur le bord externe du pied, tumeur paraissant n'avoir aucune connexion avec les tendons ou leurs gaines.

L'histoire de la clinique et l'examen microscopique firent nettement conclure à l'extension d'une tumeur sarcomateuse et l'amputation fut conseillée et pratiquée le 9 octobre.

La convalescence ne présenta rien de particulier et je

n'ai plus eu de ses nouvelles depuis son départ de l'hôpital.

Voici le rapport du docteur Peadoby qui examina le pied : « Au-dessous de la cicatrice et s'étendant de là en avant et en arrière sur un espace irrégulièrement circulaire se trouve une nouvelle tumeur. Elle est très molle, friable, d'une couleur rougeâtre et présente plusieurs foyers hémorragiques. Elle est située sous la peau et de là s'enfonce profondément, contournant les gaines tendineuses. Sur le bord externe du pied, au-dessus de la malléole, se trouve une autre masse d'un pouce environ qui présente les mêmes connexions avec les tissus superficiels. On en trouve une autre trois ou quatre fois plus grosse au-dessous du calcanéum. En arrière de l'articulation calcanéo-astragalienne existe une petite collection. Ces nouvelles tumeurs sont toutes distinctes, étant séparées par des tissus qui paraissent sains.

Au microscope, on trouve un tissu très riche en cellules fusiformes et allongées, de petit volume et réunies par un stroma de fibres conjonctives.

A la suite de cet examen, il paraît évident que la tumeur n'est plus localisée comme lors de la première interruption aux gaines synoviales, mais qu'elle a infiltré les tissus avoisinants.

Nous en concluons aussi au caractère malin de la tumeur puisqu'elle est en voie de généralisatiou. La littérature des affections des gaines synoviales est extrêmement pauvre. Beaucoup de cas isolés se trouvent dans les journaux et le docteur Blucke dans « The Medical Times and Gazette » cite un cas dans lequel il trouva dans une tuméfaction rétro-malléolaire une cavité remplie de petites graines semblables à des graines de melon, mais

je n'ai vu nulle part relatée la description d'un cas semblable à celui que je viens de décrire.

Fournier et Verneuil ont publié des notes sur les tumeurs synoviales dépendant de la syphilis, mais ils s'en sont strictement tenus à ces formes. J'ai présenté ces cas à la Société, parce que je crois qu'ils offrent un exemple de sarcomes non décrits jusqu'à ce jour. Outre l'intérêt que présente leur rareté, je pense qu'ils ont une importance pratique au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic des tumeurs des gaines synoviales.

Les affections traumatiques ou spontanées des gaines synoviales, aiguës et chroniques, sont certainement des affections très rares et il est du plus grand intérêt de différencier celles qui sont bénignes de celles qui sont graves et ont même une issue fatale. Il est douteux qu'une telle différenciation puisse être faite avec certitude, mais j'estime que le développement plus ou moins lent de la tumeur, du moins au début, l'absence d'une fluctuation distincte, la dureté et la tension du sac et les résultats négatifs de la ponction peuvent conduire à une probabilité sinon à une certitude en faveur du diagnostic de sarcome et avoir une influence importante sur le traitement et sur le pronostic. En terminant, je désire vous donner lecture de la lettre suivante :

« 5 avril 1884.

» Cher Docteur, je ne suis pas certain que le cas suivant soit semblable à ceux que vous avez observés.

» Wale, âgé de 30 ans, laboureur, présentait une tumeur qui fut enlevée par le docteur Wood en juin 1869.

» Il y a 10 ans, le malade remarqua une tuméfaction de la grosseur d'un pois dans la paume de la main. Elle aug-

menta d'abord lentement, puis rapidement pendant ces derniers trois mois.

» Elle était située entre l'aponévrose palmaire et la gaine des tendons. Elle était piriforme et longue de 6 centimètres et demi.

» Après incision, la tumeur apparut avec l'aspect d'un kyste dont les parois fibreuses donnaient naissance à des masses molles remplissant ses cavités. Ces cavités sont molles, jaunâtres, tachetées de points hémorragiques. Elles contiennent presque uniquement des cellules rondes, ovales, fusiformes ou étoilées.

» L'observation n'est pas nette au sujet de la position exacte de la tumeur, mais je crois qu'elle prenait naissance dans la gaine d'un des tendons.

« Delafield. »

Observation IV

(Bulletin de la Société anatomique, 1885)

Sarcome alvéolaire ayant débuté par la gaine du tendon extenseur du médius.

Le nommé M... François-Xavier, marchand de vin, âgé de 25 ans, entre le 9 février 1885, à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, salle Michon, lit numéro 48.

Sa mère était rhumatisante. Il porte des traces de scrofule, une cicatrice d'adénite sous-maxillaire, dont il a été atteint vers l'âge de cinq ans, et qui a suppuré

six mois environ. Il n'y a aucun autre antécédent héréditaire ou personnel à relever. Au mois d'avril 1882, il était infirmier à la 20e section, à Oran. Il reçut, en jouant avec un de ses camarades, un coup de règle : l'angle de l'instrument porta sur le tendon extenseur du médius de la main gauche, un peu au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne. Huit jours après, il constata la présence en ce point d'une petite tumeur. Cette tumeur avait le volume d'une lentille ; elle était mobile avec le tendon. La peau, un peu rouge, ne lui adhérait pas. L'indolence était complète. Ce petit nodus grossit lentement. En juin 1884, son volume atteignait celui d'une noisette. Sa présence n'éveillait aucune douleur et gênait si peu les mouvements, que le malade avait pu continuer à jouer du violon.

Au moment de quitter le service, il résolut de se faire opérer et entra à l'hôpital militaire d'Oran. M. le docteur Massoutier, médecin principal de deuxième classe, pratiqua l'ablation de la tumeur sans sectionner le tendon, qu'il se contenta de gratter. Les suites opératoires furent très simples : la réunion se fit par première intention ; au bout de dix jours, le malade sortait guéri, ayant conservé intactes les fonctions de son tendon.

Un mois après, au commencement d'août 1884, la tumeur réapparut au même point ; elle semblait s'attacher profondément par une base plus large que la première fois.

En quinze jours, elle atteignit le volume d'une noix. Le malade consulta un spécialiste (?) qui fit des applications de teinture d'iode. Ces applications déterminèrent l'ulcération de la peau. La tumeur fut mise à nu. Des bourgeons exubérants se montrèrent dans l'ulcération. Le malade se mit entre les mains d'un deuxième spécialiste

dont la quatrième page des journaux prône la méthode pour la guérison sans opérations des tumeurs. Il fut soumis à des applications de pâte caustique, renouvelées tout les quinze jours. Au bout de deux mois de ce traitement, très douloureux, il entra à la Pitié, dans le service de M. Verneuil.

La tumeur occupe sur la main gauche l'interstice du médius et de l'annulaire. Les extrémités inférieures des troisième et quatrième métacarpiens sont écartées de six centimètres environ. Les doigts vont s'écartant de même. Le néoplasme a le volume d'une grosse orange. Il descend dans l'espace interdigital jusqu'à la phalangette du médius en dehors, et en dedans jusqu'à la phalangine de l'annulaire. Sur la face palmaire, sa masse rougeâtre, mamelonnée, en forme d'œuf, remonte vers l'éminence hypothénar qu'elle recouvre en grande partie; sa base est un peu étranglée; à ce niveau, il existe une bande de peau qui s'ulcère rapidement. Sur la face dorsale, la tumeur, également ulcérée, est plus volumineuse; d'une couleur verdâtre, elle est formée de gros bourgeons arrondis, serrés les uns contre les autres. Elle recouvre presque toute la face dorsale, s'étendant du deuxième au cinquième métacarpiens et en haut remontant à un doigt au-dessous de l'articulation radio-carpienne.

En soulevant la tumeur, on constate qu'elle est supportée par un pédicule plus étroit, ne remontant guère au delà de la moitié inférieure des métacarpiens et s'étendant en largeur du deuxième au quatrième métacarpiens. La peau réapparaît au niveau de ce pédicule et recouvre presque aussitôt ses caractères normaux. Il est impossible de reconnaître au palper l'état des os et leurs relations avec la tumeur. Celle-ci est le siège

de douleurs vives, térébrantes, revenant par accès fréquents, et irradiantes vers l'épaule. Pas de ganglions épitrochléens ou axillaires. Pas de fièvre. L'état général est assez bon. Les urines sont normales.

La désarticulation des quatre derniers métacarpiens est pratiquée le 10 février. Les parties molles avoisinant le premier métacarpien, celles des lambeaux paraissent normales. Depuis l'opération, les douleurs ont cessé : le malade n'a pas eu de fièvre. Son état est très satisfaisant.

Examen de la pièce. — Il est inutile de revenir sur ses caractères extérieurs, suffisamment décrits dans l'observation. La coupe a montré un tissu d'un rouge brun, très vasculaire, contenant de nombreuses cavités assez vastes, rappelant, en un mot, les caractères de ces tumeurs, jadis décrites sous le nom de fungus hématodes. La dissection a permis de constater que les os étaient sains. Les têtes des troisième et quatrième métacarpiens, disjointes mécaniquement, étaient indépendantes de la tumeur. Celle-ci occupait l'intervalle des deux os dans leur moitié inférieure. En ce point, le périoste était rouge, mais les os avaient conservé leurs caractères normaux.

Les tendons fléchisseurs des doigts, refoulés par la tumeur, n'avaient avec elle aucune relation intime. Il en était de même pour les tendons extenseurs du médius, on a retrouvé un petit nodus fibreux, dû, sans doute, à la première intervention opératoire ; mais le tendon était indépendant de la tumeur et avait conservé sa teinte nacrée. En revanche, le tendon extenseur de l'annulaire, sur une longueur de trois centimètres environ, au niveau et un peu au-dessus de l'articulation, est envahi par le néoplasme transformé en un tissu mou, rougeâtre. A ce

niveau, il est déformé, augmenté de volume et se continue directement avec le tissu morbide. Il importe de rappeler ici que l'affection a débuté au niveau du tendon du médius.

J'ai pratiqué l'examen histologique de la pièce au laboratoire d'histologie du Collège de France. Des fragments fixés par l'alcool, puis plongés dans l'eau gommée, ont été soumis à la congélation, coupés et colorés au picrocarmin.

En examinant une de ces coupes à un faible grossissement, on constate que le tissu est formé de cellules ayant des formes et un volume très variables. Ce sont d'abord des éléments embryonnaires en grand nombre, puis des cellules plus volumineuses, arrondies, pourvues de plusieurs gros noyaux, à nucléole bien visible, enfin des cellules à formes très irrégulières, anguleuses, multinuclées, représentant parfaitement les éléments décrits autrefois sous le nom de myéloplaxes.

De nombreux vaisseaux sillonnent la coupe. Quelques-uns ont un assez grand diamètre, mais tous sont pourvus de parois embryonnaires ou infiltrés d'éléments sarcomateux. En étudiant l'arrangement des cellules, les unes par rapport aux autres, on constate, avec un fort grossissement, que ces cellules ne sont pas seulement disposées les unes à côté des autres, ou séparées par une substance amorphe peu abondante, mais qu'il existe un véritable réticulum, rappelant, par sa texture, le tissu adénoïde, et formant de petites alvéoles, dont chacune contient une ou plusieurs cellules, toujours en très petit nombre. Ce réticulum est étudié sur une pièce traitée par le pinceau. Dans les points occupés par les vaisseaux, on retrouve un réseau de fibrine, ne ressemblant en aucune façon à celui qui enserre les cellules. Celui-ci

prend son point d'appui sur le tissu jeune, qui forme la paroi des vaisseaux. De là partent des travées assez grosses, courtes, irrégulières, qui, en se divisant et s'anastomosant, constituent, par leur fines ramifications, les petites alvéoles entourant les cellules.

La tumeur ne peut être un lymphadénome. La forme et le volume des cellules sont la preuve du contraire. De plus, le tissu réticulaire est moins fin, plus irrégulier que celui des lymphadénomes. Les points de jonction ne présentent pas de noyaux. Ce réticulum fin, ces petites alvéoles, n'appartiennent pas davantage au carcinome. Nous sommes donc en présence d'une de ces tumeurs mal définies, intermédiaires au sarcome et au carcinome, étudiées par Billroth sous le nom de carcinome réticulaire, par Rindfleisch sous celui de sarcome alvéolaire. Ces tumeurs, avec de petites cellules, sont fréquentes dans le testicule, où d'ailleurs il est difficile de les distinguer du lymphadénome ; dans la peau, on les rencontre quelquefois avec de grosses cellules. Rindfleisch a étudié cette disposition alvéolaire dans quelques sarcomes myéloïdes.

Il est intéressant de retrouver cette structure dans une tumeur ayant débuté dans une gaine tendineuse. Au point de vue clinique, cette observation nous paraît présenter encore quelques points dignes d'attirer l'attention. Son origine traumatique est parfaitement établie. C'est huit jours après le traumatisme qu'elle apparaît. Le malade est très intelligent. On peut accepter son assertion à ce sujet.

Quant au siège primitif de la tumeur, l'absence de renseignements précis sur l'opération pratiquée à Oran ne permet que des hypothèses. La tumeur suivait les mouvements des tendons; mais ces mouvements n'étaient

alors nullement gênés. L'ablation de la tumeur primitive n'a pas nécessité la résection du tendon. On sait d'autre part combien sont rares les tumeurs primitives des tendons.

Enfin, la dissection de la pièce a permis de constater que le tendon extenseur du médius, au niveau duquel la première manifestation s'était produite, était jusqu'à la fin resté indépendant du tissu néoplasique.

Au début, la peau était saine. Il ne reste donc que la gaîne synoviale tendineuse qui puisse avoir été le siège primitif de la néoformation.

C'est à cette conclusion que nous nous arrêterons, en effet, la regardant non seulement comme plausible, mais comme absolument conforme à la réalité. Nous ferons encore remarquer la rapide croissance de la tumeur et sa localisation absolue sans réaction sur l'état général, ni même sur les ganglions.

Observation V

(Broca. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1895. Rapport par Tillaux)

Fibro-sarcome de la gaine du long péronier latéral à la plante du pied.

Tamb... (Henri), âgé de 6 ans et demi, me fut adressé le 21 octobre 1892, par mon maître, le professeur Tillaux, et mon confrère Walter, à l'hôpital Trousseau, où j'avais l'honneur de suppléer M. le professeur Lannelongue.

Cet enfant portait à la plante du pied une tumeur dont on se serait aperçu deux mois auparavant, et qui s'est accrue progressivement.

Actuellement, immédiatement en avant de la ligne qui unit l'une à l'autre les extrémités postérieures des premier et cinquième métatarsiens, au niveau du quatrième métatarsien, on sent à la plante du pied, sous la peau absolument normale, une tumeur bilobée, formée de deux petites masses arrondies, dont la postérieure est la plus mobile.

Cette tumeur, bien limitée, de consistance dure et égale, est fort douloureuse à la pression et gêne la marche. Elle me parut adhérente au squelette et je l'attribuai au cuboïde ou au quatrième métatarsien. Cet avis était également celui de M. le professeur Tillaux, tandis que mon collègue et ami Walther croyait percevoir un peu de mobilité transversalement et concluait à une tumeur tendineuse.

Le 24 octobre 1893, je fis sur la tumeur une incision longitudinale, et, d'un coup de rugine à sa base, je la détachai. Il fut alors évident que la tumeur ne tenait pas à l'os, mais aux tendons, probablement à ceux du fléchisseur profond. Réunion immédiate, sans drainage, et j'obtins la cicatrisation par première intention.

La tumeur enlevée avait l'aspect et la consistance du fibrome : et c'est au fibrome que conclut l'examen histologique pratiqué par mon collègue et ami Achard.

Je restai sans nouvelles de l'enfant jusqu'au 23 juin 1891, date à laquelle il me fut ramené, souffrant de nouveau depuis quelques semaines.

A cette date, la marche sur la plante du pied était à peu près impossible, et je constatai l'existence d'une tumeur douloureuse, immobile, un peu bosselée, com-

mençant en arrière, au niveau du cuboïde, et se prolongeant, grosse comme le pouce à peu près, jusqu'à l'extrémité antérieure du quatrième métatarsien. Là, elle se terminait par une extrémité arrondie, lisse et nette. Cette tumeur est dure, de consistance égale.

Cette fois, il me parut évident que j'étais en présence d'un sarcome, que je crus pouvoir attribuer au quatrième métatarsien.

Le 27 juin, je commençai par faire à la plante du pied une incision exploratrice qui me fit voir tous les tendons sains et, par eux, me conduisit jusqu'à une tumeur allongée, qui me parut, en effet, dépendre du quatrième métatarsien. Je ne crus pas devoir me borner à l'extirpation de cet os, et je pratiquai séance tenante la désarticulation tibio-tarsienne, avec lambeau postérieur, à peu près semblable à celui de l'amputation de Guyon.

Réunion immédiate sans drainage ; pansement à la gaze antiseptique : guérison par première intention.

Sur la pièce, on voit une tumeur qui commence en arrière par une extrémité assez saillante au niveau du cuboïde et longe le bord inférieur du quatrième métatarsien.

Après résection des tendons fléchisseurs, qui en sont indépendants, on constate que la tumeur n'adhère pas au métatarsien. On peut la rabattre d'avant en arrière, et il devient alors évident qu'elle part du ligament calcanéo-cuboïdien, c'est-à-dire de la gaine du long péronier latéral, ce dernier tendon étant intact.

M. Pilliet a bien voulu pratiquer l'examen histologique. La tumeur est développée dans le tissu conjonctif de la gaine tendineuse et du méso-tendon. Ce n'est pas une transformation sarcomateuse molle, avec accumulation de petites cellules rondes, mais une transformation fibro-

plastique. La néoplasie est constituée par des cellules fusiformes et du tissu conjonctif adulte, disposé en masses tourbillonnées ou en grandes nappes qui morcellent le tissu propre du tendon, disséquant ses faisceaux et les atrophiant peu à peu.

Le diagnostic est donc fibro-sarcome de la gaine du long péronier, amenant l'atrophie des fibres tendineuses par substitution du tissu.

Observation VI

(Longuet et Landel. — Archives de Médecine expérimentale, 1895)

Sarcome à myéloplaxes de la gaine des péroniers latéraux

D... Anna, 23 ans, est atteinte d'une tumeur de la région péronière inférieure droite. Cette tumeur offre une forme bilobée ; l'un des lobes, antérieur et peu développé, borde en avant la malléole externe ; l'autre, postérieur, plus volumineux, descend au-dessous de la pointe de cette malléole et se prolonge derrière elle, en sorte que la malléole est encadrée dans la néoformation. Un sillon longitudinal, correspondant à l'os, la sépare en deux bosselures principales. Le volume de la partie prémalléolaire égale celui d'une noisette ; celui de la partie rétro et sous-malléolaire égale celui d'une noix.

La surface de la tumeur, irrégulièrement arrondie, est multilobulée ; les limites sont mal marquées, principalement en arrière.

La consistance, ferme et dure, est partout égale : c'est

une sensation élastique, cartilagineuse, plutôt qu'une véritable dureté osseuse. Libre sous la peau qu'on glisse aisément à sa surface, la tumeur est dépourvue de mobilité dans la profondeur ; ni dans le sens de la longueur, ni dans le sens antéro-postérieur, on ne parvient à mobiliser la large base d'implantation de cette production sessile. Néanmoins, cette base semble n'affecter aucune connexion avec le squelette, bien qu'elle soit d'une exploration difficile, parce qu'elle disparaît progressivement dans le creux calcanéo-astragalien.

Aucun changement de coloration des téguments à ce niveau ; consistance normale et mobilité parfaite de la peau, ce qui indique que la tumeur ne présente avec la peau aucune dépendance.

Pas de ganglions appréciables.

Aucune espèce de douleurs, ni spontanées, ni provoquées ; aucun trouble non plus dans la marche. L'articulation tibio-tarsienne, ainsi que toutes les articulations du pied ont conservé tous leurs mouvements. Cette malade, qui n'offre dans ses antécédents aucune trace de syphilis, ni de tuberculose, a vu cette tumeur se développer lentement et progressivement depuis quatre ans, époque où il y a eu un traumatisme suivi d'entorse.

Peu à peu, la tumeur a grossi, augmentant régulièrement de volume, sans jamais déterminer la moindre douleur, ni la moindre impotence fonctionnelle. L'état général est toujours resté excellent.

Le diagnostic auquel on se rattache le plus volontiers fut celui de corps étranger, probablement extra-articulaire.

Opération le 5 mai 1895. L'extirpation est faite par M. Quénu. A l'aide d'une incision curviligne à concavité

supérieure, on releva un lambeau qui mit à jour toute la région malade. Puis la dissection de la tumeur fut commencée, par le lobe antérieur d'abord. Pour le lobe postérieur, on dut récliner les tendons péroniers latéraux. Ceux-ci, intacts, cheminaient librement à la surface de la tumeur dans une gouttière formée en partie par le néoplasme, en partie par la malléolle péronière. C'est cette gouttière des péroniers qui sépare la masse en deux lobes.

L'extirpation a été assez difficile, principalement dans le creux calcanéo-astralgien. Au cours de ces manœuvres, l'articulation calcanéo-astragalienne fut ouverte ; mais la tumeur n'envoyait aucun prolongement dans cet article, ni dans l'articulation tibio-tarsienne. On put constater aussi qu'elle n'avait aucune implantation sur le squelette. Sutures, réunion *per primam*, guérison rapide, aucun trouble fonctionnel. Il existe encore une production du même genre, sans connexions osseuses, au niveau de la face interne de l'astragale, du volume d'un gros pois. Passée d'abord inaperçue, puis signalée par la malade, elle fut enlevée par une opération ultérieure. Donc, le néoplasme a deux centres de formation absolument distincts : l'un à la face interne, l'autre à la face externe du pied.

Les principales particularités cliniques et histologiques de cette observation sont les suivantes :

I. — Cliniquement, il s'agit d'une tumeur survenue chez une femme jeune, tumeur dure, bilobée, circonscrite, n'entraînant aucun trouble fonctionnel (les tendons péroniers qui la traversent ne sont nullement intéressés). Tumeur bénigne, si l'on en juge par son faible volume et sa très lente évolution, autant que par l'absence de toute réaction.

II. — Macroscopiquement, cette tumeur, qui offre des îlots jaunâtres sur fond blanc, est indépendante du squelette et de la peau, des tendons, mais sans capsule appréciable.

La coupe, sèche, analogue à du cartilage, ne donne aucun suc au raclage.

III. — Histologiquement, cette tumeur est formée : 1° de cellules d'aspects différents ; les unes, petites et embryonnaires, les autres plus grandes et rappelant par leurs caractères les cellules géantes ou les myéloplaxes, toutes disposées sans aucun ordre, dans un tissu interstitiel et de nature fibreuse ; elle appartient donc à la classe des sarcomes ;

2° Le tissu fibreux constitue l'élément prédominant ; sa disposition et surtout son abondance montrent qu'il est de nouvelle formation et ne permettent pas d'admettre qu'il soit le reliquat des gaines tendineuses dissociées par les éléments néoplasiques ;

3° Il existe une très grande quantité de cellules à protoplasme apparent ayant un ou plusieurs noyaux ; on observe tous les intermédiaires entre celles-ci et les petites cellules embryonnaires et il semble évident que ces dernières soient leur point d'origine ;

4° On ne rencontre ni vaisseaux à parois embryonnaires, ni lacunes distinctes, mais seulement des capillaires de petit calibre ayant une paroi fibreuse d'épaisseur considérable ;

5° Les parties ramollies constatées macroscopiquement sont dues à une dégénérescense granulo-graisseuse frappant surtout les cellules de moyenne taille.

Observation VII

(Malapert et Marichau-Beauchant. — Bulletin de la Société anatomique, mai 1905)

Sarcomes à myéloplaxes de la gaine synoviale du fléchisseur du médius

Malade âgé de 45 ans. Il y a quatre ans, remarque l'apparition d'un petit nodule au niveau de la face palmaire de la première phalange du médius droit. Cette tumeur, indolore et ne gênant en rien les mouvements du doigt, augmenta progressivement de volume, s'étendant vers l'extrémité libre du doigt et d'autre part du côté de la main.

Vient consulter en décembre 1904.

Le doigt est doublé de volume. Téguments intacts. Coloration normale. Présence sur la face palmaire d'une tumeur allongée suivant l'axe du doigt, qui, partant de l'articulation de la troisième avec la deuxième phalange, remonte jusqu'au milieu de la main. Cette tumeur est, dans son ensemble, plutôt dure. Elle n'est pas fluctuante.

Aucune douleur. Mouvements du doigt possibles, mais flexion limité par le volume de la tumeur.

Opération le 9 décembre. Une incision pratiquée suivant le grand axe de la tumeur arrive sur des masses dures, jaunâtres. La gaine étant envahie en totalité, il paraît impossible d'enlever toute la tumeur. Désarticulation du doigt. Ablation à la curette de la tumeur

propagée à la portion métacarpienne de la gaine. Suites opératoires parfaites. Pas de récidive depuis 5 mois.

L'examen macroscopique de la tumeur révèle sa structure lobulée, sa consistance ferme, sa coloration jaunâtre avec îlots rouge foncé assez nombreux.

Les coupes pratiquées au niveau du doigt à différentes hauteurs, montrent que la tumeur remplit toute la gaine des fléchisseurs qui paraît comme injectée. Le squelette osseux est respecté. Les tendons fléchisseurs sont plongés au milieu de la tumeur qui les entoure de toutes parts, mais ils ne paraissent pas envahis.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes avec cette particularité que l'on y rencontre de très nombreux myéloplaxes et des cellules dont le protoplasme est surchargé d'hémoglobine.

Par places, on note une prolifération abondante de tissu conjonctif adulte formant des bandes entre lesquelles se disposent les cellules embryonnaires. Ailleurs, l'aspect est celui du sarcome pur.

Les coupes du doigt décalcifié indiquent très nettement le point de départ de la tumeur au niveau de la gaine synoviale des tendons fléchisseurs. On trouve de nombreux vaisseaux épaissis au sein du tissu conjonctif. Les tendons fléchisseurs, bien qu'entourés par le tissu sarcomateux, sont absolument indemnes sur toutes les coupes examinées. Le périoste des phalanges est normal. L'os n'est pas envahi.

Observation VIII

(Bazy. — Bulletin de la Société anatomique, 1907)

Fibro-sarcome à myéloplaxes de la gaine des fléchisseurs de l'auriculaire gauche

J'ai l'honneur de présenter à la Société une petite tumeur analogue à celles que Heurtaux, de Nantes, a décrites le premier en 1891 sous le nom de myélome des gaines tendineuses. Je l'ai enlevé le 26 janvier dernier à un homme de 41 ans, qui l'avait vue apparaître cinq mois auparavant et grossir peu à peu.

Lorsque j'eus l'occasion de l'examiner, je constatai une petite tumeur du volume d'une petite noix, siégeant à la face palmaire de l'auriculaire gauche, en regard du corps de la deuxième phalange.

Cette petite tumeur, dure, lisse, régulière, présentant cependant une légère trace de lobulation, n'était adhérente ni à la peau qui glissait parfaitement sur elle et en tous sens, ni aux tendons.

Les mouvements du doigt étaient d'ailleurs parfaitement normaux et seul le volume de la tumeur venait y apporter un léger obstacle. Il était donc évident cliniquement qu'il s'agissait d'une tumeur de la gaine.

L'examen histologique m'en a montré la nature. A un faible grossissement, on voit que la tumeur est essentiellement constituée par un tissu fibreux très dense, surtout par endroits, et par des cellules conjonctives du type adulte.

De place en place et le plus souvent groupées en amas au milieu d'un tissu moins riche en tissu fibreux, on aperçoit des cellules géantes multinucléées, variables comme dimension et comme forme. Aucune de ces cellules géantes n'est dégénérée. Il s'agit donc bien de véritables myéloplaxes. L'examen à un faible grossissement nous permet également de nous rendre compte que la tumeur est excessivement peu vasculaire. A un plus fort grossissement on peut se rendre compte des rapports réciproques de ces différents éléments.

Le tissu fibreux dense forme une sorte de tissu réticulé dans les mailles duquel sont emprisonnées les cellules conjonctives. Celles-ci sont polymorphes, le plus souvent d'apparence fuso-cellulaire. Leur noyau est vivement coloré, leurs limites nettes ; aucune ne présente de traces de karyokinèse.

Autour des myéloplaxes, elles sont, par rapport au tissu fibreux, plus abondantes.

Néanmoins, les myéloplaxes se trouvent au centre d'espaces plus clairs et les cellules qui les avoisinent présentent souvent des traces de dégénérescence, se traduisant par l'état vacuolaire du protoplasma. On peut noter, en outre, que les vaisseaux, très rares, sont le plus souvent du type embryonnaire, qu'ils n'ont pas en tout cas cette apparence fibreuse que Heurtaux leur assigne ; qu'il existe enfin, disséminés au milieu des éléments cellulaires, de petits amas de pigment sanguin. J'ajouterai pour terminer qu'il est possible que cette tumeur ait, comme le veut Venot, une origine osseuse, mais qu'il m'a été impossible, au cours de l'opération, de déceler le moindre pédicule rattachant la tumeur au squelette digital.

Observation IX

Rapport de 7 cas de tumeurs à myéloplaxes des gaines tendineuses (Lenzi et Abetti) observés à la clinique chirurgicale de Florence depuis 1902 (*Journal de chirurgie*, 1910, IV, p. 30).

L'âge des malades s'échelonne entre 16 et 60 ans, parmi eux on trouve cinq femmes et deux hommes. Plus remarquable est le siège de ces petites tumeurs, dont le volume varie de celui d'un haricot à celui d'une noix verte.

Elle siègent presque toujours (6 fois sur 7) sur les gaines des tendons fléchisseurs des doigts ; une seule fois on trouva un de ces néoplasmes développé le long d'un tendon extenseur sur le dos du pied. Leur évolution est lente, se comportant souvent plutôt par années que par mois.

Il semble que très fréquemment un traumatisme ait précédé nettement leur apparition. Leur structure aujourd'hui bien connue est celle des sarcomes à myéloplaxes, des myélomes, comme disaient Malherbe et Heurtaux. Sont-ce vraiment des sarcomes? L'habituelle bénignité de ces néoplasmes à myéloplaxes permettent d'en douter ; mais, histologiquement, ces tumeurs des gaines tendineuses ont une structure tout à fait identique à celle des autres sarcomes à myéloplaxes à stroma très fibreux. L... et A... discutent largement la signification des myéloplaxes rencontrés dans ces tumeurs : on ne peut avoir de certitude à cet égard, mais les auteurs se rangent à l'opinion de ceux qui considèrent

les myéloplaxes comme résultant de la fusion d'éléments myéloïdes dérivés eux-mêmes des cellules plates du tissu conjonctif ou tendineux. Le traitement consiste à enlever complètement la tumeur en respectant le tendon qui en est généralement indépendant.

Observation X

Rosenthal (Munich).— (*Beitrage zur klin. Chir.*, t. LXIV, fasc. 3, septembre 1909, p. 377 à 609).

Contribution à l'étude du sarcome des gaines tendineuses

Une femme de 54 ans, depuis février 1907 a remarqué sur le dos du pied gauche une tumeur grosse comme une noix, indolente et molle ; depuis lors la tumeur a grossi ; ces temps derniers elle est devenue douloureuse et au mois de février 1908 on constate sur le bord interne du pied gauche, répondant à la base des trois premiers métatarsiens, une tumeur bleuâtre, grosse comme un œuf de poule, adhérente à la peau, mobile sur les plans profonds. On pratique l'extirpation large de la tumeur qui était développée aux dépens de la gaine des tendons extenseurs des orteils. La malade guérit. L'examen histologique révéla un sarcome à cellules polymorphes. Il y eut récidive rapide sous forme d'une grosse tumeur ulcérée siégeant sur le dos du pied et on dut faire une amputation de la jambe le 30 avril 1908. Il s'agissait toujours de sarcome à cellules polymorphes.

Observation XI

(Fritsch, de Breslau)

Sarcome à myéloplaxes des gaines tendineuses.

Observation I

(*In* Journal de chirurgie, 1909, t. II, page 271)

Homme de 31 ans. Depuis son enfance le malade a remarqué l'existence, au niveau de la malléole interne du côté droit, d'une petite tumeur dure, grosse comme une noisette. Depuis 2 ans, cette tumeur a grossi au point d'atteindre les dimensions du poing. La peau est indépendante de la tumeur, de même les mouvements du pied sont libres ; il n'y a pas de douleurs, la tumeur est dure et assez mobile sur les plans profonds.

Opération. — Excision de la tumeur qui adhère intimement aux gaines tendineuses de la paroi interne du cou-de-pied et au tendon d'Achille. Elle est solide, de couleur rouge jaunâtre, ressemblant, dit Fritsch, à de la « capsule surrénale ». La dissection est assez délicate, mais nulle part il n'y a d'infiltration dans les organes voisins. Guérison. Histologiquement il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes tout à fait caractéristique.

Observation II

Homme de 70 ans. Il y a 20 ans environ le malade eut un traumatisme assez sérieux du pouce gauche. Depuis

lors, les mouvements du pouce avaient toujours des troubles. Depuis 6 mois, un gonflement diffus, progressif, a envahi toute la paume de la main, formant deux grosses bosselures surtout nettes au niveau des éminences thénar et hypothénar.

Ces bosselures sont tendues, fluctuantes; en aucun point on ne perçoit la sensation due à des grains riziformes. Les mouvements de flexion des doigts sont très gênés. On pense à un lipome arborescent.

Opération. — Extirpation de toutes les masses néoplasiques qui sont mollasses et jaunâtres, en disséquant les fléchisseurs et le médian comme lorsque l'on extirpe les synovites à grains riziformes des gaines des fléchisseurs. Guérison.

A l'examen histologique, sarcome à myéloplaxes caractéristique.

CONCLUSIONS

Le sarcome des gaines tendineuses est encore une forme rare des tumeurs conjonctives. Il semble avoir une préférence pour les gaines des tendons fléchisseurs, affecte les jeunes ou l'âge mûr, est rarement congénital; souvent un traumatisme en est le point de départ.

Il se présente sous la forme d'une tumeur de faible volume, d'un pois à une orange, ovoïde, de consistance plus souvent dure, peu douloureuse et sans retentissement ganglionnaire.

Le diagnostic toujours délicat prête à confusion avec les tuberculoses des gaines, les lipomes ; n'est le plus souvent fait qu'après l'intervention et l'examen histologique. Peut échapper par ce fait que l'on n'y pense guère.

L'évolution en est lente, l'état général reste bon ; malgré tout, avons-nous dit, le pronostic reste sombre, puisque ces tumeurs frisent par leurs caractères histologiques la malignité du sarcome pur.

Le traitement sera dans l'extirpation large de la tumeur en respectant les tendons ; dans l'amputation ou la désarticulation du membre pour les cas graves.

BIBLIOGRAPHIE

Abetti et Lenzi. — Tumeurs à myéloplaxes des gaines tendineuses (Journ. chir., 1910, p. 30).

Bazy. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1907.

Bonjour. — Contribution à l'étude des tumeurs tendineuses à myéloplaxes (Thèse Paris, 1897).

Broca. — Société de chirurgie, 2 janvier 1895 (*in* Rapport de Tillaux sur un cas de fibro-sarcome de la gaine du long péronier latéral.

Denucé. — Bulletin de la Société anatomique, 1885.

Forgue et Massabuau. — La forme hypertrophique pseudo-néoplasique de la tuberculose des gaines tendineuses (Presse méd., 22 oct. 1909).

Fritsch. — Sarcome à myéloplaxes des gaines tendineuses (Journal de chirurgie, 1909, p. 291).

Heurtaux. — Les myélomes des gaines tendineuses (Archives générales de médecine, 1890).

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, 1908.

Longuet et Landel.— Sarcome à myéloplaxes de la gaine des péroniers (Archives de médecine expérimentale, 1895).

Malapert et Morichau-Beauchant. — Tumeurs à myéloplaxes des gaines synoviales du fléchisseur du médius (Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1905).

Malherbe. — Congrès français de chirurgie, 1896.

Marchoe. — Sarcoma of synovial shealths (New-York med. Journ., 1884, p. 467).

Muller. — Tumeur des doigts (Arch. f. klin. Chir., 1901).

Nony. — Thèse Montpellier, 1909.

Rosenthal. — Contribution à l'étude du sarcome des gaines tendineuses (Beiträge zur klin. Chir., sept. 1909).

Rossi. — Thèse Montpellier, 1909.

Vénot. — Myélomes des gaines tendineuses à point de départ osseux (Revue de chirurgie, 1898).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 juillet 1911.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 juillet 1911.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!